



00022
HH_NAME (CTN_01_SPANISH)
ADDRESS LINE1
ADDRESS LINE2
CITY ST



12 de febrero de 2014

Nº de Caso: 022022010011Y

Estimado HH_NAME (CTN_01_SPANISH),

Le han aprobado para continuar obteniendo sus beneficios médicos.

Hemos revisado su caso y usted puede mantener los beneficios médicos que tiene para las siguientes personas:

MEMBER NAME1 Fecha de nacimiento: 01/01/1999 RIN: 220100111

Le enviaremos una nueva tarjeta médica.

Lleve su tarjeta médica cuando va a ver al doctor o la farmacia. Usted también puede usar esta carta, así su proveedor de salud puede ver su cobertura actual.

Usted debe informarnos sobre cualquier cambio en su hogar.

Usted debe informar cualquier cambio dentro de los **10 días** o cuando el cambio suceda, como:

- Usted se muda a una nueva dirección, una nueva persona comienza a vivir con usted o alguien se muda fuera de su hogar.
- Alguien que vive en su hogar consigue un nuevo trabajo, deja un trabajo o cambia las horas en un trabajo.
- Alguien que vive en su hogar tiene cambios en su ingreso, como manutención infantil, desempleo o pensión.
- Alguien que vive en su hogar consigue nuevo seguro de salud.

Para informar sobre un cambio, contáctese con el Centro Comunitario de Recursos para Familias (FCRC) o llame a su trabajador social.

Muchas gracias.

Redeterminación de Medicaid de Illinois

